

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o 408

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert ROLLET du COUDRAY

Né le 17 janvier 1902, à Rablay (Maine-et-Loire)

Ancien Externe de l'Hospice Général de Tours

Ancien Interne de l'Hospice Gatin de Clocheville (Hôpital d'enfants)

Médaille des Épidémies

LES ADENITES SOUS-TRAPÉZIENNES

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Albert ROLLET du COUDRAY

Né le 17 janvier 1902, à Rablay (Maine-et-Loire)

Ancien Externe de l'Hospice Général de Tours

Ancien Interne de l'Hospice Gatien de Clocheville (Hôpital d'enfants)

Médaille des Épidémies

LES ADÉNITES SOUS-TRAPÉZIENNES

Président : M. OMBRÉDANNE, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e. ÉDITEURS

16 RUE RACINE 16

1929

I. — DOYEN. . . M. ROGER. LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZEEOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie.
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale .

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Bien faible hommage de mon
affection et de ma reconnaissance.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLÉE

Membre de l'Académie de Médecine
Inspecteur général chef des Services Sanitaires
Directeur du Laboratoire National des Recherches

*Dont je suis fier de la haute
amitié, je dédie cette thèse, bien
humble hommage si je le compare
à l'affectueux et familial intérêt
qu'il m'a porté en toutes circons-
tances.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.

*Profond tribut de reconnaissance pour le très grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

Professeur d'Anatomie de la Faculté de Paris.

*Qui me fit la haute faveur de
m'admettre à travailler auprès de
lui, dans son laboratoire, et dont
les conseils éminents me furent
si précieux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANCE

Membre de la Société de Chirurgie

*Qui m'accueillit si aimablement
à sa Consultation d'Orthopédie.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC

Assistant d'Orthopédie à l'Hôpital des Enfants-Malades.

*Dont je quitte à regret l'en-
seignement, et qui sut m'initier
avec tant d'autorité à l'orthopédie
et m'inspirer l'idée de ce travail,
je me fais un devoir d'offrir ici
l'expression de mon admiration
et de ma vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIERRY

Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie de Tours.

*Pour le bienveillant intérêt qu'il
m'a toujours porté.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR TILLAYE

Chirurgien en Chef de l'Hospice Gatien de Clocheville
(Hôpital d'Enfants)

Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

*Dont les leçons et les conseils
me furent si précieux, et auquel
je garde le souvenir le plus recon-
naissant et le plus affectueux res-
pect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUDEAU

Médecin en Chef de l'Hospice Gatien de Clocheville
Professeur à l'Ecole de Médecine de Tours

*Pour la bienveillante attention
qu'il m'a toujours témoignée.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVÉ

Chirurgien en Chef de l'Hospice Général de Tours.

Mon premier Maître en chirurgie ; en témoignage de mon affectueuse admiration et de ma respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MALET

Professeur suppl. à l'Ecole de Médecine de Tours

Qui guida mes premiers pas dans la Médecine avec autant d'autorité que de savoir.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX
DE TOURS

MM. les Docteurs : BONDOUY, BOSCH, COSSE,
DENOYELLE, DUBREUIL-CHAMBARDEL (*in memoriam*), FAIX, GUIBAUD, GUILLAUME-LOUIS,
HUC, LAPEYRE, MAGNAN, MANGINI, MENAGE,
MENUET (*in memoriam*), MEUNIER, PARISOT,
A. VIALLE

En gage de ma bien sincère reconnaissance.

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

En souvenir des jours heureux passés ensemble.

LES ADÉNITES SOUS-TRAPÉZIENNES

INTRODUCTION

Par adénites sous-trapéziennes, il faut entendre des adénites ayant pour siège un groupe de ganglions, situé sous la partie moyenne du corps du trapèze, à l'exclusion des autres adénites des ganglions du cou et de la nuque.

Jusqu'à ces dernières années, ces ganglions n'ont pas plus attiré l'attention des cliniciens que des anatomistes. Cela tient sans doute à leur situation profonde, à la grande épaisseur des faisceaux musculaires qui les recouvrent, et aussi à ce qu'on n'a pas pensé à eux, parce qu'ils ne sont pas décrits dans les traités classiques.

Bourgery est en effet, à notre connaissance, le seul auteur qui ait signalé ces ganglions sous-trapéziens.

A. Most (*Die topographie des Lymphgefäßapparates des Kopfes und Halses*, Berlin, 1906, p. 41) et P. Bartels (*Das Lymphgefäßsystem*, Iéna, 1909, p. 112) ont bien vu parfois quelques éléments ganglionnaires se placer au-dessous du bord du trapèze, mais ils ne parlent pas de ceux qui s'enfon-

cent profondément sous ce muscle. « Le chapelet jugulaire externe, dit Bourgery, envoie de forts rameaux dans un amas de trois ou quatre ganglions sus-scapulaires, placés sous le trapèze. Ces derniers, qui reçoivent inférieurement des lymphatiques de l'épaule, sont unis par des rameaux de liaison avec le chapelet sous-clavier. » BOURGERY et JACOB, *Anatomie descriptive et physiologique*, Paris, 1851, t. IV, p. 153).

Fournier (*Traité de la Syphilis*, Paris, 1899) parle également de ganglions situés sous le bord du trapèze, « dans la rainure du trapèze », et qui sont le siège d'adénopathies, au cours de la syphilis secondaire.

Ce n'est qu'en 1927 que ces ganglions sous-trapéziens furent situés et décrits avec précision par M. le Professeur Rouvière, dans une séance de la Société Anatomique de Paris.

Quelque temps auparavant, en 1925, l'attention de M. le Docteur Huc était attirée sur la pathologie de ces ganglions.

ETUDE ANATOMIQUE

Nos dissections nous ayant montré que pour la recherche des ganglions sous-trapéziens il est nécessaire d'injecter des groupes ganglionnaires voisins, nous allons donner d'abord un aperçu d'ensemble des lymphatiques de la face latérale du cou.

Il faut distinguer dans les ganglions qui occupent les régions sous-sterno-mastoïdienne et sus-claviculaire trois chaînes ganglionnaires dont nous allons indiquer la disposition en suivant la description qui en a été donnée par M. Rouvière et que nos recherches ont confirmée :

Les trois chaînes ganglionnaires dessinent les trois côtés d'un triangle :

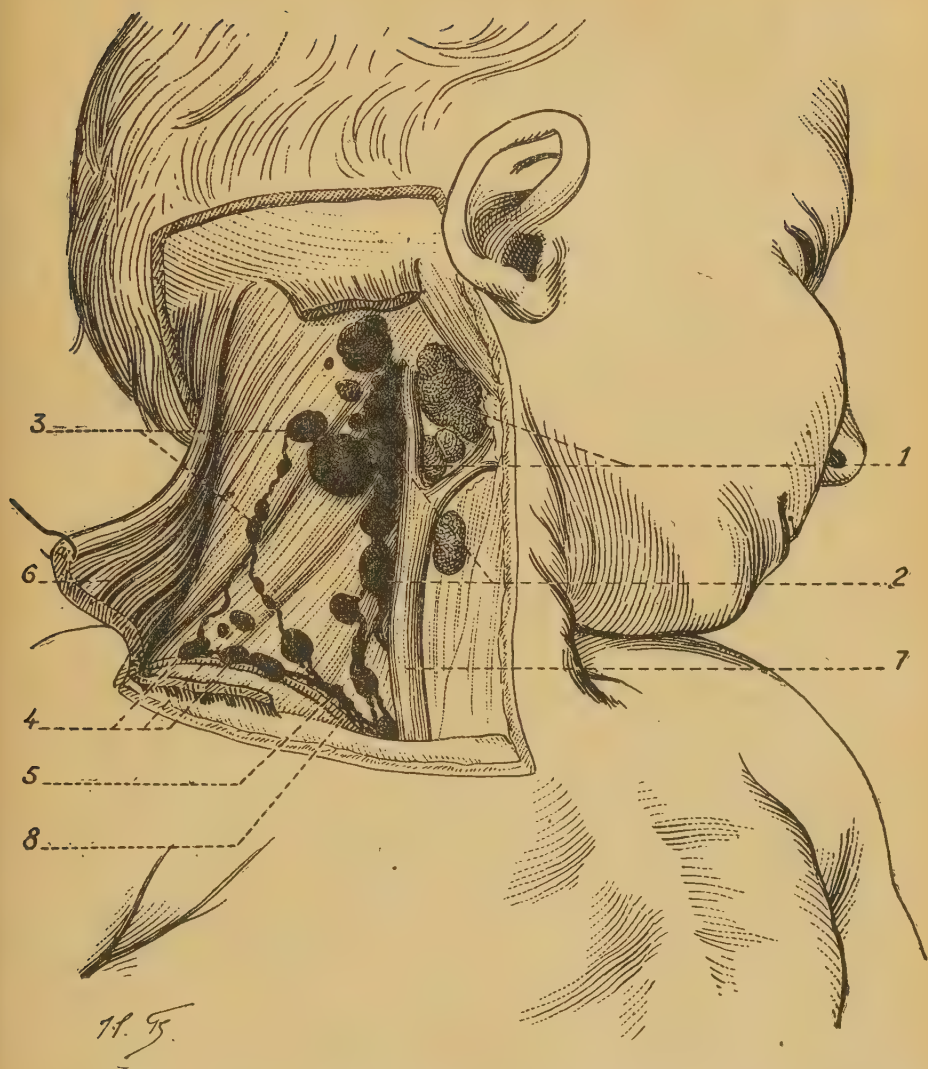
en avant la *chaîne jugulaire interne*,
en arrière la *chaîne du nerf spinal*,
en bas la *chaîne de l'artère cervicale transverse superficielle*, celle-ci formant la base du triangle.

La chaîne jugulaire interne, verticalement descendante, est satellite de la veine de même nom qu'elle accompagne.

La chaîne du nerf spinal se confond avec la précédente à son extrémité supérieure, elle s'en écarte ensuite progressivement en se portant obli-

quement en bas et en dehors, comme la branche du nerf spinal qu'elle accompagne, et gagne ainsi le bord antérieur du trapèze. Dans la moitié des cas, elle s'enfonce avec le spinal au-dessous de ce muscle.

Enfin *la chaîne de l'artère cervicale transverse* s'étend le long de ce vaisseau, de l'extrémité inférieure de la chaîne du nerf spinal à l'extrémité inférieure de la chaîne jugulaire interne.



D'après une dissection personnelle.

1. Chaîne jugulaire interne, ganglions antérieurs.
2. Chaîne jugulaire interne, ganglions externes.
3. Chaîne spinale.
4. Ganglions sous-trapéziens.
5. Chaîne cervicale transverse.
6. Trapèze.
7. Jugulaire interne.
8. Artère cervicale transverse.

La chaîne du nerf spinal, qui nous intéresse spécialement, s'étend donc le long de la branche externe du nerf spinal, depuis la partie supérieure de la région sous-cléïdo-mastoïdienne jusqu'à la face profonde du trapèze.

Lorsque la branche externe du nerf spinal a traversé le chef cléïdo-mastoïdien du sterno-cléïdo-mastoïdien, elle s'engage dans l'épaisseur de la masse ganglionnaire qui résulte de l'union, en haut, des chaînes ganglionnaires de la veine jugulaire interne et du nerf spinal. Puis elle s'en dégage et chemine, soit immédiatement au-dessus, soit en dehors de la chaîne ganglionnaire qui l'accompagne.

Celle-ci atteint le trapèze au même niveau que le nerf. Ici deux cas se présentent avec une fréquence à peu près égale :

GANGLIONS SOUS-TRAPÉZIENS

Tantôt la série ganglionnaire s'arrête au bord du trapèze, tantôt elle se continue sous ce muscle, toujours dans la direction du nerf spinal, et se termine plus ou moins loin du creux sus-claviculaire.

Si parfois elle s'enfonce à peine sous le bord du trapèze, elle se termine le plus souvent en regard du bord antérieur de l'angulaire ou sur la partie antérieure de ce muscle, au-dessus et très près du bord antérieur de l'omoplate. Elle se prolonge même, chez le fœtus et le nouveau-né, jusque sur la partie la plus élevée de la fosse sus-épineuse.

Une expansion de la nappe cellulo-graisseuse qui contient les ganglions sous-sterno-mastoïdiens et sus-claviculaires, accompagne sous le trapèze la chaîne ganglionnaire spinale et s'unit en bas à la couche adipeuse qui sépare ce muscle du sus-épineux.

Que la chaîne du nerf spinal se termine sous le trapèze ou le long du bord antérieur de ce muscle, elle s'unit toujours à ce niveau à l'extrémité externe de la chaîne de l'artère cervicale transverse.

Il nous faut donc considérer deux groupes de ganglions sous-trapéziens :

Le *groupe marginal* restant sous le bord antérieur du trapèze ; le *groupe profond inter-angulo-trapézien* pénétrant loin sous le corps même du muscle.

Chez l'adulte et le vieillard, quand l'amas ganglionnaire sous trapézien n'est pas le siège d'une adénite, les ganglions sont rares, petits, difficiles à trouver dans le tissu cellulo-adipeux qui les contient.

Mais quand les éléments ganglionnaires et les vaisseaux lymphatiques qui les relient entre eux

ont été mis en évidence par des injections faites dans différents ganglions, aux extrémités des chaînes ganglionnaires, on trouve le plus souvent, chez le fœtus et le nouveau-né, un groupe de deux à cinq ganglions sous-trapéziens.

On sait qu'au cours de la vie les ganglions diminuent de volume et de nombre par atrophie et dégénérescence graisseuse. Cette régression semble beaucoup plus marquée pour les ganglions sous-sternomastoïdiens et sus-claviculaires que pour tout autre groupe ganglionnaire. Elle paraît particulièrement apparente pour le groupe des ganglions sous-trapéziens.

Les ganglions sous-trapéziens sont donc situés à la jonction des chaînes spinales et cervicales transverses. Et c'est par les ganglions et les vaisseaux de cette dernière que s'écoule dans le tronc jugulaire, ou directement dans le confluent veineux jugulo sous-clavier la lymphe contenue dans les ganglions sous-trapéziens.

La méthode anatomo-pathologique montre encore que ces ganglions sont en communication certaine avec les lymphatiques du cou, du thorax, de la langue, des amygdales, du naso-pharynx et probablement aussi avec les lymphatiques cutanés.

ÉTUDE PATHOLOGIQUE

Peut-on tenter de décrire une adénite sous-trapézienne typique, dont les symptômes seraient assez précis pour en permettre facilement le diagnostic ?

Nous le pensons, car, qu'elles soient aiguës ou chroniques, les adénites sous-trapéziennes que nous avons rencontrées offrent des particularités rendant possible leur différenciation d'avec les lésions voisines.

Il en existe deux formes, correspondant à la disposition anatomique des ganglions qui en sont le siège :

1° Ou bien l'inflammation du système lymphatique est étendue à toute la chaîne spinale et borde la limite antérieure du trapèze dans presque toute sa hauteur, formant une sorte de bourrelet, visible et palpable, épaississant le bord musculaire sur une hauteur de trois à quatre centimètres.

Dans cette forme, qui correspond à la prise des ganglions que nous avons appelés marginaux, l'attitude du malade est très caractéristique ; c'est celle du torticolis trapézien : tête inclinée en arrière et latéralement du côté malade.

2° Ou bien l'inflammation lymphatique siège seu-

lement à l'extrémité de la chaîne, au niveau des ganglions situés entre le trapèze et les muscles profonds du cou, au niveau de l'angle supérieur et interne de l'omoplate (ganglions inter-angulo-trapéziens).

Ici pas d'attitude caractéristique, mais douleur et empatement profond simulant surtout des lésions vertébrales ou para-vertébrales.

Dans tous les cas, les mouvements de la ceinture scapulaire sur le thorax, chaque fois qu'ils mettent en jeu le trapèze, deviennent spécialement et électivement douloureux ; en particulier le mouvement d'élévation du moignon de l'épaule.

Le tableau clinique sera donc variable, non seulement avec le siège, mais aussi avec l'intensité de l'infection des ganglions. La meilleure façon de décrire la variation des symptômes, c'est à notre avis, la publication des observations qui nous paraissent typiques.

Adénites sous-trapéziennes aiguës.

OBSERVATION I

F... Fillette âgée de 6 ans, vue le 13 janvier 1926, avec Mlle le Dr Cosmovici.

Depuis 8 jours la malade souffre d'une grosse angine pul-tacée, qu'elle semble avoir contractée de sa mère, qui est soignée pour de pareils accidents en même temps que l'enfant.

A la date de l'examen, l'angine est en rétrocession, mais non guérie. Au niveau de l'amygdale gauche on trouve encore des cryptes sales assez nombreuses et de la rougeur des piliers voisins.

La malade a une température élevée, 39°, les traits tirés, et présente une attitude de torticolis trapézien, tête inclinée à gauche et en arrière, et toute tentative de mouvement et d'examen lui arrache des cris.

On a les plus grandes difficultés à enlever les vêtements du côté de l'épaule gauche.

L'examen du cou montre une réaction ganglionnaire au niveau de l'angle de la mâchoire et un peu à la base du cou, sur la partie postérieure de la chaîne cervicale transverse.

Mais le bord du trapèze est contracturé, empâté, et, par comparaison avec le côté opposé, en prenant le bord du muscle entre deux doigts, il semble trois fois plus épais que du côté sain.

Cet épaississement a son maximum assez près de l'omoplate, tandis qu'à la nuque l'inflammation semble disparaître.

Pas de sensation de fluctuation.

TRAITEMENT. — Vaccin anti-staphylococcique, pansements chauds, et on attend trois jours.

Le 16 janvier, mêmes phénomènes, la température restant toujours élevée, entre 38° et 39°.

La tuméfaction se précise ; toujours sous le trapèze, elle est située à la base du cou ; on sent une légère fluctuation profonde.

Le 18 janvier, fluctuation très nette au bord antérieur du trapèze. Incision, conduisant à une collection occupant la

face inférieure du trapèze, au-dessus de la fosse sus-épineuse, celle-ci paraissant complètement libre.

Cette collection se dirige vers la ligne des apophyses épineuses, sans l'atteindre..

Drainage par un faisceau de crins.

Vers les premiers jours de février, guérison complète, disparition de l'attitude du torticolis trapézien, amplitude normale des mouvements de la ceinture scapulaire.

Il s'agit, comme nous le voyons, d'une adénite sous-trapézienne aiguë, avec péri-adénite au début, et allant jusqu'au stade de suppuration.

Cette adénite intéressait tous les ganglions sous-trapéziens (marginaux et profonds).

Quelquefois, l'infection étant moins marquée, ou la résistance du sujet plus grande, l'adénite aiguë peut rétrocéder et disparaître sans atteindre la période de suppuration.

Ceci est prouvé par l'observation suivante :

OBSERVATION II

R... Enfant de 3 ans qui, à la suite d'une angine relativement légère et de coryza s'accompagnant de réaction ganglionnaire au niveau de la chaîne jugulaire interne, est pris au cours de la convalescence de cette angine d'une contraction douloureuse des muscles du cou et de l'épaule : tête inclinée du côté malade, à droite et en arrière ; impotence absolue du membre supérieur.

Les phénomènes du côté de l'épaule paraissent si marqués

(douleur, empâtement, impotence), qu'un chirurgien consulté songe à la possibilité d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure de l'humérus.

Le malade est vu à ce moment par le Dr Huc et le Dr Tisné qui constatent qu'en réalité les phénomènes inflammatoires siègent davantage à la base du cou qu'à l'épaule, et en particulier l'exploration du bord antérieur du trapèze révèle l'existence d'un épaissement considérable des tissus sous-trapéziens.

Quant à l'impotence, avec quelques précautions, il était possible de faire faire à l'enfant des mouvements de rotation de l'humérus, alors que tout déplacement de la ceinture scapulaire était rigoureusement impossible.

L'examen de la gorge montrait la persistance des phénomènes angineux.

TRAITEMENT. — Vaccination anti-staphylococcique, pansements chauds, désinfection de la gorge.

Pendant une dizaine de jours l'état reste stationnaire, avec température au-dessus de 38°, puis rétrocession très lente, et il faut 18 jours pour que le bord antérieur du trapèze ne soit plus douloureux ni épaissi à la palpation, et pour permettre l'amplitude normale des mouvements d'élévation du moignon de l'épaule.

Dans ce cas le maximum des lésions à la partie postérieure du creux sus-claviculaire et leur persistance au niveau de la chaîne spinale montraient bien que la lésion siégeait surtout dans les ganglions sous-trapéziens.

Deux particularités dans cette observation : d'une

part l'arrêt des phénomènes inflammatoires avant la suppuration ; d'autre part la localisation de l'inflammation au seul groupe marginal des ganglions sous-trapéziens ; sans doute parce que les ganglions profonds inter-angulo-trapéziens étaient absents dans ce cas.

Cliniquement, il semble résulter de nos constatations que ce groupe marginal antérieur est celui qui existe le plus souvent puisque la plupart de nos observations sont superposables, avec une atténuation sensible des symptômes, à l'observation II.

Cette atteinte peut même être si légère qu'elle nécessite une recherche systématique. Celle-ci doit toujours être exécutée chez un enfant qui se plaint de douleurs du cou, accompagnant une infection naso-pharyngienne.

Le tableau de ces atteintes est toujours le même et on peut le décrire ainsi :

Au décours d'une adénoïdite ou d'une angine, un enfant se plaint de douleurs du cou et présente une attitude un peu guindée. L'examen anatomique de la région reste négatif, sauf en ce qui concerne le bord antérieur du trapèze, qui, pris entre deux doigts et palpé sur toute sa hauteur présente un empâtement douloureux.

Le traitement de ce torticolis atténué est surtout celui de la lésion causale, l'infection naso-pharyngienne.

Tout se borne généralement à ces phénomènes qui disparaissent au bout de quelques jours lors-

qu'on a établi le traitement de l'infection naso-pharyngienne.

Le diagnostic de semblables lésions peut être délicat.

Nous ne parlons bien entendu pas de tous les diagnostics possibles de torticolis, nous ne discuterons que les attitudes anormales succédant aux phénomènes inflammatoires de la région. A la suite d'angines et d'adénoïdites, les raideurs douloureuses du cou peuvent être rapportées à des causes différentes ; l'une des plus fréquentes est l'arthrite (rhumatisme infectieux) des articulations des vertèbres cervicales.

Dans d'autres cas, c'est sous le sterno-cléido-mastoïdien ou les muscles antérieurs du cou, que des adénites réactionnelles déterminent de la contracture de ces muscles, avec attitude asymétrique, sans que le trapèze participe à cette contracture.

Dans d'autres cas enfin, c'est l'extension à l'oreille moyenne de l'infection naso-pharyngée qui provoque en raison de la douleur un faux torticolis.

Toutes ces lésions inflammatoires doivent être diagnostiquées pour permettre un traitement efficace. L'adénite sous-trapézienne au même titre que ces lésions doit être reconnue et jusqu'à présent il semble qu'on l'ait ignorée.

Nous pensons qu'il suffira d'y songer, en pareille occasion, pour pouvoir en déterminer l'existence.

Leroux a autrefois décrit une contracture du trapèze suivie d'atrophie et de paralysie qu'il a expli-

qués par l'existence d'une névrite du spinal, à la suite d'une lésion auriculaire (*torticolis auriculaire de Gellé*). Ce torticolis spécial peut au début de son évolution ressembler évidemment beaucoup aux phénomènes que nous venons de décrire et d'étudier ; mais, dans l'adénite sous-trapéziennne, nous n'avons jamais observé d'atrophie véritable, ou importante, et ce symptôme permet la différenciation des deux affections.

Adénites sous-trapéziennes chroniques.

Les affections chroniques, au même titre que les aiguës, peuvent retentir sur les ganglions sous-trapéziens.

Parmi ces affections, deux surtout ont retenu notre attention, le cancer et la tuberculose.

Cancer. — Il ne nous a pas été donné d'observer d'adénites sous-trapéziennes d'origine cancéreuse, mais le cas suivant montre leur existence :

« J'ai vu, dit M. Cunéo, un malade présentant une adénopathie sus-claviculaire, vraisemblablement consécutive à un cancer pancréatique. L'adénopathie a débuté par le ganglion voisin de la crosse du canal thoracique, puis a formé une masse sus-claviculaire, parallèle à la clavicule ; ensuite sont apparues des masses sous-trapéziennes qui, en raison de leur volume, tendaient à se rapprocher de la ligne

médiane ». Ce qui prouve l'existence possible d'adénites cancéreuses de la région.

Tuberculose. — Par contre, la tuberculose nous a fourni un exemple typique de ganglions profonds sous-trapéziens tuberculeux, chez une malade présentant une tuberculose du sommet du poumon, du même côté.

OBSERVATION III

S. T... Malade âgée de 34 ans, adressée par le Dr Blagny, d'Orgeval, en octobre 1926.

Malade d'enfance délicate, ayant eu des bronchites fréquentes ; hémoptisie à 18 ans, soignée en sanatorium trois ans et suivie depuis cette époque pour une localisation mal éteinte du sommet droit. Vient consulter, parce que, depuis 4 mois, elle souffre de la base du cou, près de la colonne vertébrale, avec des irradiations dans l'épaule et le dos.

Quand la malade montre la région douloureuse, elle la situe au niveau, ou près, de la ligne des apophyses épineuses à la hauteur des premières dorsales.

Cette contracture douloureuse détermine un torticolis presque chronique, mais pouvant subir des variations, en mieux ou en mal, d'un jour à l'autre.

La malade accuse, en outre, une gêne de mouvements de l'épaule, du cou, du dos, mais le mouvement le plus douloureux est certainement l'élévation du moignon de l'épaule.

L'examen montre qu'il n'existe aucune douleur sur les apophyses épineuses, mais le doigt localise à cinq centi-

mètres à droite de la ligne médiane, à la hauteur de D³ un point où la palpation arrache des cris à la malade et détermine de vives réactions.

Cette région située au-dessus de l'angle interne et supérieur de l'omoplate, au-dessus de la fosse sus-épineuse, semble absolument indépendante de la ceinture scapulaire. Il est difficile de déterminer, par contre, s'il s'agit d'une lésion de l'angle postérieur des deuxième ou troisième côte ; la palpation profonde est extrêmement douloureuse, et il existe un empatement profond avec léger œdème, empêchant de déterminer avec précision l'origine des phénomènes inflammatoires. Pas de rougeur locale, par contre une légère élévation de la température locale.

En janvier 1926, malgré un traitement assez minutieux pour remonter l'état général il n'y a pas d'améliorations de l'état local, la malade présente 38°₂ à 38°₅ tous les soirs l'œdème a augmenté, on croit à l'apparition prochaine d'une suppuration.

En avril 1926, la malade, qui s'est reposée en montagne, va mieux ; régression incomplète, mais certaine, des phénomènes inflammatoires locaux : douleur moins vive, mouvements de la ceinture scapulaire plus amples, mais au lever la malade se plaint encore très souvent de torticollis.

On propose une opération qui est acceptée.

INTERVENTION. — Anesthésie locale, incision oblique parallèle aux fibres du trapèze ; la traversée du muscle ne présente rien de particulier, simplement un peu d'œdème.

Au-dessous du muscle, on tombe immédiatement sur une masse d'aspect caséeux, du volume d'un œuf de pigeon environ, qui est isolée et enlevée.

A la coupe, l'examen montre qu'il s'agit de ganglions tuberculeux.

La malade est revue en juillet 1926 et février 1927; depuis l'intervention, aucune douleur, aucune contracture du trapèze, seuls les phénomènes pulmonaires persistent et nécessitent encore une surveillance.

Ici le tableau clinique est encore celui du torticollis chronique, mais torticollis sans fixité (variant d'un jour à l'autre), sans attitude bien précise, et il est relativement facile de le rapporter à l'existence d'une masse inflammatoire para-vertébrale.

Cette masse peut en imposer pour un abcès à point de départ vertébral ou costal, et chez notre malade en particulier, il était impossible, avant la constatation opératoire, d'éliminer l'ostéite de l'angle postérieur des côtes.

La radiographie, en éliminant les lésions costales et vertébrales, l'évolution, permettront de faire le diagnostic d'adénite sous-trapézienne chronique, mais comme pour l'adénite aiguë il faudra toujours y songer.

CONCLUSIONS

1^o Anatomiquement, les ganglions sous-trapéziens existent et peuvent être séparés en deux groupes :

a) Un GROUPE MARGINAL, le long du bord antérieur du trapèze, continuant la chaîne ganglionnaire du nerf spinal.

b) Un GROUPE PROFOND, situé sous le muscle lui-même, au niveau de l'angulaire.

2^o Ces ganglions peuvent être le siège d'adénites aiguës ou chroniques, s'accompagnant de contraction du trapèze, c'est-à-dire de torticolis, et il est nécessaire d'y songer dans le diagnostic et le traitement de ces torticolis.

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu : le Président de la thèse,
OMBRÉDANNE

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY

